

## OPÉRATION SOLIDARITÉ | CONTINUITÉ DES SOINS | VACANCES SCOLAIRES

Docteur (Nom | Prénom) .....

Médecin généraliste

ou

Médecin spécialiste (merci d'indiquer la spécialité) .....

accepte d'être disponible du ..... au .....

du ..... au .....

du ..... au .....

pour accueillir les patients de mes confrères absents, à mon cabinet :

**Adresse du cabinet** .....

**Téléphone du cabinet** : .....

Secrétariat physique :  Oui  Non

Secrétariat téléphonique décentralisé :  Oui .....  Non

Prise de rendez-vous par Internet (Doctolib, Pages Jaunes...) :  Oui  Non

aux horaires suivants :

Lundi .....

Mardi .....

Mercredi .....

Jeudi .....

@

Samedi .....

A retourner par mail à : [contact@cpts-metz.fr](mailto:contact@cpts-metz.fr)